

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION EN ENFERMERIA

**CONSIDERACIONES DE LA ALTERACION DEL ENTORNO
EN UN PACIENTE CON RECHAZO DE TRANSPLANTE CORNEAL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
IRIS RIVERO ORTEGA
NUMERO DE CUENTA (099621672)**

DIRECCION DEL TRABAJO M.C.E. ARACELI JIMENEZ MENDOZA

MEXICO, D. F., NOVIEMBRE DE 2004





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES

Blanca Ortega y Manuel Rivero

Por ser siempre un ejemplo en mi vida

Dando un apoyo incondicional en todas mis decisiones.

A MI HERMANA

Por ser parte importante en mi vida,
compartiendo todo y creyendo en mi.

A TODAS LAS PERSONAS
QUE CREEN EN LA ENFERMERIA
COMO UNA PROFESIÓN QUE
LLENA SUS VIDAS.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por haberme dado la oportunidad de cumplir con una de mis metas.

Con la admiración y respeto a la maestra Araceli Jiménez Mendoza, por haberme brindado su tiempo en la asesoría en la elaboración y culminación del presente trabajo.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por la oportunidad brindada para el logro de un grado académico más.

INDICE

	PAGINAS
Intrucción	
1. Justificación	3-4
2. Objetivos Generales	5
2.1 <i>Objetivos Específicos</i>	6
3. Metodología	7-11
4. Marco Teórico	
4.1 <i>Modelo de Enfermería de Betty Newman.</i>	12
4.1.1 <i>Modelo Conceptual</i>	12-23
4.1.2 <i>Teorías en las que se basa el Modelo de los Sistemas de Betty Newman</i>	24
4.1.2.1 <i>Teoría de la Gestalt</i>	24-27
4.1.2.2 <i>Teoría de Selye</i>	28-29
4.1.2.3 <i>Teoría de Caplan</i>	30-32
4.2 <i>Teoría de Enfermería de Intervención en crisis.</i>	33-38
4.3 <i>Intervención de Enfermería en el transplante de Córnea.</i>	39-43
4.4 <i>Psicología del desarrollo en el adulto joven.</i>	44-48
5. Presentación del caso.	49
5.1 <i>Diagnostico de Enfermería.</i>	49-52
5.2 <i>Plan de Intervención de Enfermería.</i>	53-59
6. Evaluación del Proceso de Atención de Enfermería, basado en el Modelo de los Sistemas de Betty Newman.	60
6.1 <i>Logro de los objetivos.</i>	61
7 Plan de Alta	62-63
Conclusiones	
Sugerencias	
Bibliografía	
Referencias electrónicas	
Anexos	
Anexo 1	
Anexo 2	

INTRODUCCION

1 INTRODUCCIÓN

En México, desde 1963 hasta finales del 2000, se han practicado 24 mil trasplantes, según estadísticas del Registro Nacional de Trasplantes. De ellos 10 mil 606 son de cornea, y el promedio de rechazo es de 5-30%, con casi la totalidad en pacientes adultos jóvenes, por las características de su sistema inmunitario.¹

De los pacientes que son atendidos en la sala de oftalmología, del Hospital Central Militar, con este tipo de padecimiento, (trasplante de cornea), el 90% son adultos jóvenes, entre 20 y 40 años, militares en el activo, con el antecedente de trauma ocular, con características propias de su edad, como: formación reciente de una familia, actividad física constante, y como militares inestabilidad en su lugar de vivienda y trabajo.

La atención en este caso específico, se enfoca a un paciente con características de un adulto joven, militar en el activo, con un rechazo a trasplante corneal, el cual tuvo un retraso de tres años, para poderse llevar a cabo el trasplante, por diversos, factores de tiempo, dinero y claro, la dificultad de encontrar un donador de corneas (cadáver).

El usuario puede cubrir sus necesidades fisiológicas, pero su entorno se ve distorsionado por el evento. Siendo este el punto principal de preocupación en la intervención de enfermería, por lo cual se utiliza la teoría de los sistemas de Betty Newman, en donde los puntos a tratar abarcan áreas de información específica, como por ejemplo, la edad, la diferencia situacional, los requerimientos especiales en cuanto a apoyo económico, las relaciones sociales, obteniendo una visión completa, con una valoración continua de las acciones propuestas. Esta debe incluir el conocimiento de todos los factores que influyen en el campo perceptual del paciente y el significado de un factor estresante debe ser válido tanto por el paciente como por el profesional.²

¹ Asociación Americana del Banco de Ojos- <http://www.restoresight.org/general/faqs.htm>

² WEINBERGER, S:L: (1989). Analisis de la situación clínica del modelo de los sistemas de Newman. Pag. 34

Con la finalidad de ampliar y fundamentar la teoría de Betty Newman, se incluye en el marco teórico, factores socioculturales que influyen en el comportamiento humano, modelo sistémico, y teoría de las necesidades humanas.

Se hace uso de las técnicas de intervención en crisis, donde se describe la situación del paciente, ubicándolo en una crisis de tipo circunstancial, en su categoría de enfermedad física y lesión donde el suceso es pérdida del funcionamiento visual. Siguiendo los pasos del modelo de los sistemas de Newman se atienden deferentes etapas del duelo, dadas en su estancia hospitalaria.

Dado que el modelo de los sistemas esta basado en las teorías de Gestalt, Caplan y Selty, se abarcan puntos importantes que en la practica cotidiana de nuestra profesión, tomamos como secundarias, y en muchos casos olvidamos su importancia, siendo estos: proceso de adaptación dinámico y continuo, niveles de prevención y stress

JUSTIFICACIÒN

JUSTIFICACIÓN

El 65% de los pacientes atendidos en la sala de oftalmología, cuentan con 20 a 40 años de edad, este rango significa entre otras cosas, que dentro de su entorno son personas en edad reproductiva, muchos responsables de familias jóvenes, con actividad diaria constante. El 63%³ sufre traumatismos de diferente índole como: asaltos, accidentes en destacamentos, enfrentamientos armados, o con herramientas utilizadas en su trabajo como los desarmadores y alambres. Lo que nos permite clasificarlos dentro de crisis circunstanciales. El otro 35% presenta infecciones diversas, hipermetropía, que es corregida con cirugía foto refractiva tipo lasik, corrección de estrabismo, cataratas por múltiples patologías, así como glaucoma y padecimientos en retina.

Este tipo de características los ubica en usuarios, que requieren poca o nula intervención directa en la atención de necesidades fisiológicas, sin embargo requieren de información continua, valoración educación de auto cuidado y reeducación, puntos que nos permitió elegir el Modelo de los Sistemas de Betty Newman, para la aplicación en este caso, debido a que este modelo señalado se plantean aspectos psicológicos, y al paciente de forma integral dentro de su entorno.

Así nuestro paciente es considerado un sistema vivo y abierto formado por una serie de sistemas interrelacionados, estos subsistemas son componentes o partes del organismo humano como conjunto, y la interacción entre ellos permite el funcionamiento global del sistema, este esta rodeado por unos límites que lo separan del entorno y la información puede cruzar este límite hacia adentro o hacia fuera.⁴ Teniendo en cuenta todas estas características, podemos intervenir en el principio de factores predisponentes a complicación como es el estrés, y cumplir con una de las misiones de nuestra profesión siendo esta la prevención por medio de la educación, , reeducación e información continua.

³ Estadística presentada durante los meses de Enero a Julio del 2003, en la sala de oftalmología, subsección de cirugía del Hospital Central Militar.

⁴ Tazón Aseguinolaza-García. ENFERMERIA EN CIENCIAS PSICOSOCIALES.-Ed. Masson. Pag. 176-182.

Concluyendo podemos lograr una atención integral, humana, anticipada a posibles complicaciones, en pacientes concientes, autónomos, a los que muchas ocasiones descuidamos por no requerir de cuidados básicos. La implementación de esta teoría en nuestro campo de acción, y a través del Proceso de Atención de Enfermería ampliar nuestras intervenciones, no descuidar el factor humano, que tantas veces es olvidado o apartado por las cargas de trabajo, y la escasez de personal.

Cuanto mas se difundan y se de aplicación a las teorías y modelos de enfermería, utilizaremos mayor cantidad de elementos que nos constituyen como un ciencia elevando la calidad de atención y el nivel de profesionalismo de ENFERMERIA.

OBJETIVOS GENERALES

2 OBJETIVOS GENERALES

Aplicar el modelo de ENFERMERÍA de Betty Newman a un caso cuyas características fundamentales se basan en necesidades de tipo psicológico.

Instrumentar alternativas de atención de ENFERMERÍA basadas en modelos como el de Betty Newman, el cual rescata la atención psicológica con el fin de erradicar la inestabilidad del sistema/paciente.

OBEJTIVOS ESPECIFICOS

2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Ayudar a identificar alternativas para disminuir o erradicar la inestabilidad del sistema/paciente.

Identificar alternativas para disminuir o erradicar factores de estrés.

Difundir los resultados de las intervenciones utilizadas en el caso, al personal de ENFERMERÍA del servicio de oftalmología, para obtener la participación con conocimiento en la atención de pacientes con este padecimiento.

METODOLOGIA

3 METODOLOGÍA

El proceso a seguir para este caso esta basado en el modelo de ENFERMERÍA DE Betty Newman y en la metodología del Proceso de Atención en ENFERMERÍA de acuerdo al modelo aplicado.

I.-VALORACIÓN

Esta se obtuvo por medio del establecimiento de un banco de datos, que incluye la consideración simultánea de las interacciones dinámicas de las variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. En los siguientes incisos:

1. -Se identificaron las percepciones del paciente en cuanto a su sistema.
2. - Se Valoró el estado y magnitud de los factores estructurales básicos y los recursos de energía
3. - Se valoraron las características de las líneas de defensa normal y flexible, las líneas de resistencia, el grado de reacción potencial o real y la capacidad de reconstitución tras una reacción.
4. - Valoración de los entornos interno y externo, identificando los factores de estrés potenciales y reales que suponen una amenaza para la estabilidad del paciente y su sistema. Clasificando estos en:
 - a.- Privación.
 - b.- Exceso.
 - c.- Cambio.
 - d.- Intolerancia.
5. - Se identificó, clasificó y evaluó las interacciones interpersonales, intrapersonales y extrapersonales, potenciales y o reales entre el paciente su sistema y el entorno, considerando las cinco variables antes mencionadas.

6. - El entorno creado fue valorado a través de descubrir la naturaleza del entorno del paciente y su Sistema, dado por:

- a.- Valoración de la percepción de factores estresantes del paciente y su sistema.
- b.-Se Identificó del problema principal, los puntos de estrés y las áreas de preocupación del paciente y su sistema.
- c.-Se Identificaron de la percepción del paciente referente a su sistema, para determinar hasta que punto difieren las circunstancias presentes del modelo de vida habitual.
- d.-Se identificaron los mecanismos con los que el paciente ha afrontado problemas similares en el pasado.
- e.- Se identificaron las previsiones que a futuro el paciente formulará sobre sí mismo como consecuencia de la situación actual.
- f.- Se determinó lo que efectuó el paciente y hará para ayudarse a sí mismo.
- g.- Se determinó lo que espera el paciente de quienes lo cuidan, la familia, amigos y otras personas.

Concluyendo:

Se determino el grado de protección suministrada.

Se descubrió la causa del entorno creado en el sistema del paciente.

II.-PLANEACIÓN

1. – Se propusieron las formas de acción para recuperar la estabilidad del paciente y su sistema, mediante la evaluación de la influencia de los procesos vitales pasados, presentes y
Mediante la evaluación de la influencia de los procesos vitales pasados, presentes y futuros posibles.

2. - Se propuso alcanzar un estado de bienestar óptimo, por medio de la identificación y evaluación de los recursos internos, externos, reales y potenciales.

3. -Se resolvieron las diferencias de percepción a través del punto de vista de la persona que presta los cuidados y se compararon con el del paciente y su sistema, resaltando las semejanzas, y facilitando el conocimiento de las distorsiones principales, concluyendo en la resolución de ellas.

4. - Se propició la intervención de otras disciplinas por medio de un resumen del banco de datos.

5. - Se estableció un diagnóstico de enfermería completo, definiendo prioridades en los objetivos.

6. - Se plantearon las prioridades de los objetivos, considerando el nivel de bienestar del paciente y su sistema, las necesidades de estabilidad de este y los recursos disponibles totales.

7. -Se propusieron metas e intervenciones que facilitaron el nivel máximo posible de estabilidad o bienestar del paciente y su sistema.

8. - Se acordaron los cambios prescriptivos deseados y los objetivos para corregir las desviaciones del bienestar en el paciente y su sistema.

9. - Se implantaron las intervenciones de enfermería mediante la aplicación de los métodos de prevención.

a.- Prevención primaria, su finalidad es la conservación de la estabilidad del sistema por medio de:

- Prevención de la invasión de factores estresantes.
- Ofrecimiento de la información con el fin de conservar o fortalecer los mecanismos del paciente y su sistema.
- Dar apoyo para afrontar el problema de forma positiva y mantener el nivel funcional.
- Anular los factores estresantes nocivos posibles o reales.
- Promover el bienestar
- Coordinar e integrar teorías interdisciplinarias y elementos de entrada epidemiológica.

- Utilizar el estrés como estrategia de intervención positiva..
- b.- Acciones de prevención secundaria
- Proteger la estructura básica
 - Movilizar y sacar el máximo rendimiento de los recursos internos y externos para alcanzar la estabilidad y conservar la energía.
 - Facilitar la manipulación intencionada de los factores estresantes y las reacciones a estos factores.
 - Facilitar un tratamiento apropiado y medidas de intervención
 - Apoyar factores positivos encaminados al bienestar.
 - Promover la defensa mediante la coordinación y la integración.
 - Proporcionar los cuidados de prevención primaria que se requieran.
- c.- Acciones de prevención terciaria
- Alcanzar y mantener el nivel máximo posible de bienestar y estabilidad durante la reconstitución.
 - Educar, reeducar y reorientar según sea necesario.
 - Apoyar al paciente y su Sistema hacia objetivos apropiados.
 - Coordinar e integrar los recursos de asistencia sanitaria
 - Practicar las intervenciones de ENFERMERÍA preventivas primarias y secundarias que se requieran.

III.-EJECUCIÓN

Se estableció por medio de un plan de cuidados de atención en enfermería específico, con los siguientes puntos:

- a.-Diagnóstico de enfermería
- b.- Objetivo
- c.- Acciones de enfermería
- d.- Fundamento científico
- e.- Evaluación

Este punto se interrelaciona con el de valoración, permitiendo en el primer periodo del plan efectuar las acciones de enfermería.

IV.-EVALUACIÓN

Este paso está presente en cada una de las etapas anteriores, para determinar la valoración se evaluaron los datos, en la planeación se tomaron en cuenta estos resultados y se propusieron estrategias de intervención, efectuados en el Plan de Ejecución y nuevamente se determinaron resultados para el establecimiento de medidas de prevención

Como conclusión del Proceso de Atención en Enfermería se evaluaron los objetivos conseguidos.

- 1.- Confirmando el logro de los objetivos
- 2.- Reformulación de los objetivos para plantear un Plan de Alta.
- 3.- Planteamiento de objetivos a largo o mediano plazo. Para una acción de ENFERMERÍA posterior estructurada con base en los resultados de los objetivos a corto plazo.

MARCO TEORICO

**MODELO DE ENFERMERIA
DE BETTY NEWMAN**

4.1 Modelo de ENFERMERÍA de los sistemas de Betty Newman.

4.1.1 MODELO CONCEPTUAL

Betty Neuman nació en 1924 en una granja cerca de Lowell, Ohio. Su padre era granjero y su madre, ama de casa. La Dra. Neuman completó con honores especiales su formación básica en enfermería en la Escuela de enfermería del Peoples Hospital (hoy hospital general) de Akron, Ohio, en 1947. En California ejerció diversos trabajos, entre ellos los de enfermera de planilla hospitalaria, enfermera jefe formadora en enfermería y enfermera de empresa. Así mismo, ejerció la docencia clínica en el hoy USC Medical Center de los Ángeles, en los ámbitos de la medicina quirúrgica, las enfermedades contagiosas y los cuidados intensivos. Dentro de su permanente interés por la conducta humana, siguió cursos de sanidad pública y psicología en la universidad de California. Completó con honores sus estudios superiores en enfermería en 1957. En 1966 obtuvo el título superior de salud mental por Public Health Consultation de UCLA: En 1985 finalizó el doctorado de psicología clínica en Pacific Western University.

El modelo de Betty Newman se basa en la teoría de los sistemas, la teoría de la tensión de Selye, las teorías de adaptación y los enfoques holísticos a los individuos y al cuidado de la salud. Este modelo de sistemas abiertos contempla al individuo como formado de variables interrelacionadas, fisiológicas, socioculturales, y de desarrollo. El individuo interactúa con el ambiente, los opresores o tensiones- factores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales- afectan a este y generan respuestas variadas, Enfermería se propone obtener y mantener el bienestar máximo al reducir a los opresores (productores de tensión) fortalecer la línea de defensa del individuo. La finalidad del modelo es “proporcionar un centro de unificación para el enfoque de los diversos problemas de enfermería y para la comprensión del fenómeno básico: el hombre y su ambiente. El modelo

se basa en la relación individual con la tensión su relación a ésta y a los factores en presencia de opresores, la reacción del paciente a éstos y el estado fisiológico, psicológico, sociocultural y de desarrollo del paciente”.

CONCEPTOS DEFINIDOS DE NEWMAN

INDIVIDUALES

El hombre es un sistema abierto que interactúa con el ambiente a través de factores interpersonales y extrapersonales. Cada individuo es único con respuestas características dentro de límites normales que represente a un conjunto interno de resistencia a los opresores. Los individuos son sistemas abiertos con variables fisiológicas, psicológicas socioculturales y de desarrollo que influyen de manera dinámica en el estado de bienestar o enfermedad. Los individuos están expuestos continuamente a varios opresores en el ambiente y responden ajustándose al ambiente o ajustándose a éste. Por medio de interacciones y ajustes, el individuo intenta conservar la armonía y el equilibrio, tanto interno como externo.

OPRESORES

Son numerosos y pueden clasificarse como: intra personales-fuerzas que operan dentro del individuo; interpersonales- fuerzas que operan entre el individuo y los demás, y extrapersonales- fuerzas exteriores al individuo. Se considera que los opresores o causantes de tensión representan toda situación, condición, fuerza o fuente potencial capaz de crear inestabilidad en el individuo o de reducir sus líneas eficaces de defensa o de resistencia.

LINEAS DE DEFENSA Y DE RESISTENCIA

Son todo lo que el individuo posee en su interior y que ayuda a enfrentarse con los causantes de tensión u opresores. Líneas de defensa del individuo son flexibles y dinámicas y varían de acuerdo a los factores que influyen, tales como la estructura fisiológica y la función, edad, sexo, bagaje sociocultural, estado de desarrollo y destrezas cognoscitivas, estas líneas de resistencia varían con las interrelaciones de estos factores y el número y grado de tensiones experimentadas en un tiempo dado, y sirven como amortiguador para reducir las tensiones e impedir que disloquen o interrumpen al sistema.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Se dirigen a todas las variables del individuo que responden a los opresores o tensiones y ayudan al individuo a obtener o conservar una salud óptima. La enfermera asiste al paciente a la reorganización, es decir el “alivio de la tensión desde el grado más profundo de la reacción de regresos a la línea normal de defensa”. La intervención de ENFERMERÍA puede ser iniciada cuando se sospecha o se identifica una tensión u opresor y se basa en cuatro factores: grado de la reacción, recursos, metas y resultado anticipado.

Las estrategias de la intervención se desarrollan en tres niveles de prevención denominados primario, secundarios y terciario, según lo definió Venable.

La prevención secundaria es la serie de intervenciones iniciadas después del encuentro con la tensión u opresión, incluye el hallazgo y tratamiento temprano de los síntomas que siguen a la reacción contra la tensión.

La prevención terciaria consiste en intervenciones que por lo general se inician después del tratamiento, se centra en la readaptación y la reeducación que permitirán prevenir tensiones futuras y en la conservación de la estabilidad.

Estos conceptos principales se describen en cuatro esferas principales; ENFERMERÍA, Persona, Salud y Entorno, describiéndolos de la siguiente forma:

ENFERMERIA

Debiendo aplicarse a la persona como un todo, contemplando a esta disciplina como una profesión especial, en el sentido de que se relaciona con todas las variables que influyen sobre la respuesta del individuo al estrés. Evaluándose el campo perceptivo tanto de la persona que presta los cuidados como del paciente.

PERSONA

La concepción es paciente /sistema del paciente, ya sea de un individuo, familia, grupo comunidad o entidad social. El sistema de este es un conjunto dinámico de relaciones establecidas entre factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Considerando que el sistema está en un proceso de cambio o movimiento permanente, considerado así como abierto y en mutua interacción con el entorno.

SALUD

Concibe a esta como un continuo que va del bienestar a la enfermedad, cuya naturaleza es dinámica y esta sujeta a un proceso de cambio permanente “ el bienestar óptimo o la estabilidad es un indicio de que se han satisfecho las necesidades de todo el sistema. Un estado de bienestar menor es consecuencia de la no-satisfacción de las necesidades del sistema.

ENTORNO

El entorno del hombre son los fenómenos básicos del modelo de los sistemas de Newman, existiendo en ambos una relación recíproca. Definiéndose como el conjunto de todos los factores internos y externos que rodean al hombre- paciente y que interaccionan con él. Dentro de este concepto adquieren importancia los factores estresantes (intrapersonal, interpersonales, extrapersonales), que se definen como las fuerzas del entorno que interaccionan con la estabilidad del sistema y que pueden modificarlo. Neuman ha señalado la existencia de tres clases de entornos: interno, externo y creado. El primero es intrapersonal y en él todas las interacciones tienen lugar en el interior del paciente. Por su

parte el entorno externo es intrapersonal o extrapersonal y sus interacciones se producen fuera del paciente. Finalmente, el entorno creado es sobre todo intrapersonal, pero también comprende al entorno externo y el paciente lo desarrolla de forma subsiguiente, como una “expresión simbólica de la integridad del sistema” Los entornos interno y externo se superponen entre sí y están contenidos en el entorno creado. Este último hace intervenir a todas las variables del sistema del paciente. El entorno creado tiene un propósito intrínseco y actúa para proporcionar un espacio de protección seguro a dicho sistema. El entorno creado se somete a un ajuste permanente para aumentar o reducir el bienestar del paciente.

CONCEPTOS PRINCIPALES

APROXIMACIÓN INTEGRAL AL PACIENTE

El modelo de los sistemas de Newman es un método de sistemas abierto y dinámico, dirigido al cuidado del paciente y desarrollado con el fin de ofrecer un enfoque unificador con el que definir los problemas de ENFERMERÍA y comprender mejor al paciente en su interacción con el entorno. El paciente, como sistema, puede ser una persona, una familia, un grupo una comunidad o tema de interés.

NOCIÓN INTEGRAL

Los pacientes se consideran como un todo cuyas partes se encuentran en un proceso de interacción dinámica. El modelo contempla todas las variables que afectan de modo simultáneo al sistema del paciente: fisiológicas, psicológicas, sociológicas, de desarrollo y espirituales. En la segunda edición incluye la variable espiritual, y cambia el termino holístico por integral.

SISTEMA ABIERTO

Un sistema es abierto cuando sus elementos intercambian energía de información dentro de una organización compleja. El estrés y la reacción que suscita son dos de los componentes básicos de un sistema abierto.

ENTORNO

El entorno está constituido por el conjunto de las fuerzas internas y externas que influyen en el paciente y reciben la influencia de éste es un momento dado.

ENTORNO CREADO

Se entiende por entorno creado la movilización inconsciente por el paciente de todas las variables del sistema para lograr la integración, la estabilidad y la integridad del sistema.

CONTENIDO

Está formado por cinco variables del ser humano (fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales) en interacción con el entorno y que constituyen el sistema completo del paciente.

ESTRUCTURA BÁSICA.

La estructura básica está formada por todas las variables como factores de supervivencia comunes a todo ser humano, así como las características únicas de cada individuo.

PROCESO O FUNCIÓN

El proceso o función se define como el intercambio de energía e información con el entorno y la interacción de las partes y subpartes del sistema del ser humano. Un sistema vivo tiende hacia plenitud, la estabilidad, el bienestar y la negentropía.

ENTRADAS Y SALIDAS

Se define como la materia, energía e información que se intercambia entre el hombre y el entorno, que entra o sale del sistema en un momento dado.

RETROALIMENTACIÓN

Proceso dentro del cual la materia, la energía y la información, como elementos de salida del sistema, provocan una respuesta en forma de acción correcta que cambia, mejora o estabiliza el sistema.

NEGENTROPÍA

Proceso de utilización de la energía que ayuda a encaminar el sistema hacia la estabilidad y el bienestar.

ENTROPÍA

Proceso de agotamiento de energía y desorganización que lleva al sistema hacia la enfermedad o una posible muerte.

ESTABILIDAD

Estado que se alcanza cuando el paciente o un sistema logran superar los factores estresantes y que le permite mantener un nivel adecuado de salud. Puede concebirse como armonía o equilibrio funcional que conservan la integridad del sistema.

FACTORES ESTRESANTES

Se definen como las fuerzas del entorno que pueden alterar la estabilidad del sistema. Neuman los clasifica en

- a. - fuerzas intrapersonales que se producen dentro del individuo (respuestas condicionadas).
- b. -Fuerzas interpersonales que surgen en uno o más individuos (expectativas de cierto rol).
- c. -Fuerzas extrapersonales que tienen lugar fuera del individuo (circunstancias financieras).

Los factores estresantes son: estímulos que pueden traspasar las líneas de defensas del paciente, flexibles y normales, el resultado potencial de una interacción con un factor de tensión puede ser beneficioso. Positivo o negativo.

BIENESTAR

El bienestar se produce cuando las partes del sistema interaccionan en armonía. Para ello han de satisfacerse las necesidades del sistema.

ENFERMEDAD

La falta de armonía entre las partes del sistema se considera una enfermedad en diversos grados que refleja la no-satisfacción de las necesidades.

LÍNEA NORMAL DE DEFENSA

La línea normal de defensa es el resultado o conjunción de una serie de variables y conductas, como los modelos de afrontamiento o defensa habituales, el estilo de vida y el estadio de desarrollo, básicamente es la forma en que el individuo afronta los factores estresantes mientras sigue cuando con arreglo a sus patrones culturales intrínsecos y a los que intenta adaptarse.

LÍNEAS FLEXIBLES DE DEFENSA

Se puede considerar como un amortiguador de protección que evita que los factores estresantes rompan la línea continua de defensa la relación de las variables puede influir en el grado en que el individuo sea capaz de emplear su línea flexible de defensa frente a la posible respuesta a uno o varios factores estresantes.

LÍNEAS DE RESISTENCIA

Recursos que ayudan al paciente a defenderse del factor estresante.

GRADO DE REACCIÓN

Nivel de inestabilidad del sistema derivado de la invasión de la línea normal de defensa por un factor estresante.

LA PREVENCIÓN COMO INTERVENCIÓN

Las intervenciones son acciones premeditadas que persiguen ayudar al paciente a conservar, alcanzar y mantener la estabilidad del sistema. Se puede producir antes o después de que las líneas protectoras de defensa y resistencia sean invadidas durante las fases de reacción y reconstitución.

PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención primaria se adopta cuando se detecta un factor estresante o se sospecha su existencia. Todavía no se ha producido la reacción pero se conoce el grado de riesgo.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Supone Intervenciones o tratamientos iniciados tras la aparición de los síntomas producidos por el estrés. En ella emplearían los recursos internos y externos del paciente para estabilizar el sistema, reforzar las líneas internas de resistencia, reducir la reacción y aumentar los factores de resistencia.

PREVENCIÓN TERCIARIA

Se produce después de la etapa de tratamiento activo o de prevención secundaria. Se centra en los reajustes encaminados a conseguir la estabilidad óptima del sistema del paciente.

RECONSTITUCIÓN

La reconstitución es el estado de adaptación a los factores estresantes del entorno interno y externo. Pede partir de cualquier grado o nivel de reacción y avanzar más allá o, en cierta medida, estabilizarse en algún punto por debajo de la línea normal de defensa del paciente.

TEORÍAS EN LAS QUE SE BASA EL
MODELO DE LOS SISTEMAS DE
BETTY NEWMAN

TEORÍA DE LA GESTALT

4.1.2.- TEORIAS EN LAS QUE SE BASA EL MODELO DE LOS SISTEMAS DE BETTY NEWMAN

Las siguientes teorías son utilizadas en el proceso del modelo de los sistemas de Betty Newman, se desarrollan en forma concreta para la comprensión de estas bases y la mejor obtención de datos y diagnósticos dentro de este.

4.1.2.1 El concepto de Gestalt

Las teorías cognoscitivistas comenzaron paralelamente con el conductismo. Existen dos tendencias básicas muy importantes:

El conductismo cognoscitivista de Edward Chace Tolman (USA) y las tendencias gestaltistas desarrolladas por los psicólogos alemanes Wertheimer, Kohler, Koffka y Lewin. Se dice que surgieron en reacción al conductismo Watsoniano. Las mayores críticas fueron de parte de Tolman y Holt, quienes enfatizaron que los individuos actúan no solo como respuesta a estímulos, sino también, en base a creencias, condiciones actitudes y deseos de alcanzar metas.

Las personas aprenden conceptos, signos espaciales, mapas, programas y cursos de acción, los que les ayudan a alcanzar la meta. Este aspecto ha sido resaltado por los teóricos gestalticos.

Wertheimer, sugiere la tesis fundamental de la teoría Gestal: Existen contextos de conducta donde lo que ocurre en la totalidad no puede ser fragmentado, en cambio las pequeñas partes si pueden ser determinadas por las leyes de la estructura total. Los psicólogos cognoscitivistas se preocupan de la manera en que las personas conocen su entorno y a si mismas, además de como se relacionan con este entorno.

La comprensión que se tenga del ambiente (pasado, presente, futuro y realidad concreta e imaginaria), estructura su espacio vital. En resumen Gestalt se preocupa de problemas perceptuales, en cambio el cognoscitivismo elabora a partir de ellos una teoría psicológica completa incluyendo los posibles conocimientos.

El cognoscitivismo tiene raíces filosóficas con conceptos como : Contemporaneidad , interacción simultánea y mutua con el ambiente , relatividad de la percepción e intencionalidad de la conducta . Kant conceptualiza la mente como una estructura reguladora y organizadora de datos perceptuales . Se sugiere así , que la experiencia sensible es un material caótico que nos proporciona contenidos ; el orden , la relación y estructura son impuestos por la persona. Los cognoscitivistas dicen que el intelecto organiza los datos según leyes y formas llamadas Gestalt .

El conocimiento es una síntesis de la forma y contenido recibido por las percepciones, las cuales son relativas , individuales e influidas por la historia actitud y motivación individuales.

Para la teoría cognoscitivista , toda persona actúa de acuerdo a su nivel de desarrollo y conocimiento e intencionalmente hará lo mejor que pueda y sepa. Estructura reguladora e intencionalidad son elementos de la herencia genética.

Un tercer elemento es la base existencialista, expresada con Jaspers y Heidegger . La existencia da significado a la esencia, todo concepto y categoría se resuelven en el hecho de existir.

Se debe aceptar la temporalidad como esencial en la existencia. Para el cognoscitivismo esto se expresa a través de la interacción simultánea y mutua con el ambiente y en el concepto de contemporaneidad. Este principio es esencial en este campo psicológico y significa " todo a la vez ". El espacio vital es hipotético y contiene todo lo psicológico ocurrido en un momento específico. Aunque este momento dure sólo segundos y transcurra en el presente real de la persona su significado psicológico es amplio y trascendente sobrepasando estos límites temporales reales.

El **principio de contemporaneidad** significa que los eventos psicológicos son activados por las condiciones psicológicas del momento de la conducta. Pasado y futuro están presentes en las acciones actuales del individuo. El pasado, como fuente de referencia inconsciente y el futuro como acciones prospectivas que integran aspiraciones, deseos, intereses o sueños.

En Gestalt , totalidad fue inicialmente reconocida bajo la idea de que dos elementos pueden ser diferentes en tamaño color y otras variables e igualmente son reconocidas por una calidad de igualdad . (N, n , por ejemplo) .

Wertheimer descubrió el **fenómeno " phi "** el cual significa que cuando un objeto se muestra en un lugar e inmediatamente después en un lugar cercano , el observador no ve dos objetos en distintos lugares , sino uno en moción desde el primer lugar al segundo . Se llega así a una " teoría del aprendizaje de relaciones " de la cual un elemento básico es el concepto de transposición . Este concepto es el aprendizaje de una relación, por ejemplo mas grande o mas chico , en vez de aprender tamaño absoluto .

Ardila (1970) : " El estudio de la transposición ha sido el campo de batalla de las dos principales teorías psicológicas contemporáneas : enfoque , estímulo-respuesta y Gestalt " .

Otro concepto cognoscitivista es el " **aprendizaje por insights** " . Esto se puede traducir como discernimiento repentino . Según Kohler , el insight se refiere a que cuando estamos conscientes de una relación , esta no esta experimentada empíricamente , sino como algo característico de los objetos considerados . Si se presta atención a la relación subyacente de un grupo de estímulos y descubrir esta relación , es el momento de el insight .

Otro concepto es el de la **significancia o pregnancia** . El mejor aprendizaje es el que cambia radicalmente las estructuras de la persona e incluye propiedades como regularidad , simplicidad , simetría , etc. Esta es la ley de la buena forma en Gestalt . Básicamente la pregnancia establece que si una persona en su primera experiencia perceptual se enfrenta a un campo desorganizado , impondrá orden predeciblemente .

El **isomorfismo** enfatizado por Lewin relaciona las ideas de campos de energía , ubicados en el cerebro . Las personas imponen una organización particular al campo perceptual conformante de su experiencia . Lewin aporó ideas como espacio vital , relación persona y ambiente , valencia y vectores , conflictos de valencia y los cuatro tipos de aprendizaje.

Espacio vital es la totalidad psicológica de una persona , incluyendo su ambiente psicológico , objetos y eventos percibidos , aspectos físicos y sociales con los que la persona interactúa.

Vectores , son las fuerzas que influyen en el movimiento psicológico hacia o desde una meta . Este tipo de vector es una tendencia que impulsa al individuo a moverse o a dirigirse en cierta dirección y esta relacionado con la valencia . Una valencia positiva significa que un objeto es atractivo para una persona y aumenta el deseo de alcanzar una necesidad psicológica . Una negativa significa que un objeto o evento es repulsivo para la persona .

Lewin se caracteriza por su método constructivo y no clasificatorio, interés en aspectos dinámicos y análisis de una totalidad.

El cognoscitismo define la inteligencia como la capacidad de responder en situaciones actuales y sobre una base de una anticipación a las posibles consecuencias.

Consiste también en varias cantidades y cualidades de insight, diferenciaciones, generalizaciones y estructuraciones del espacio vital de una persona.

CONCEPTOS CLAVES DE LA TEORÍA GESTALT

Aprendizaje: Proceso dinámico que permite el cambio de estructuras cognoscitivas a través de experiencias interactivas. Lewin describe 4 tipos de aprendizaje :

Aprendizaje como un cambio en la estructura cognitiva ; el espacio vital esta compuesto por varias estructuras y el insight es el cambio profundo en algunas de ellas.

Aprendizaje como un cambio en la motivación , puede ser en la valencia o en un vector.

Aprendizaje como cambio a través del concepto de fidelidad o la ideología del grupo.

Aprendizaje como alcance de un control voluntario sobre la coordinación física.

Concepto de hombre : La personalidad esta compuesta por todo lo que es interesante para el individuo , es un sinónimo de conciencia .

Eventos internos: Lo importante son los cambios las modificaciones y las interacciones de las estructuras cognitivas . Estos eventos son la base de la acción .

Adquisición : Fundamentalmente es el insight.

Retención : El mecanismo mas importante es la buena forma . Un asunto no importante no será bien recordado, debe tener una significancia importante.

Generalización : La transferencia del aprendizaje ocurre a raíz de similitudes perceptuales entre situaciones . Esto ocurre entonces cuando hay relaciones perceptuales, intereses o significacias .

Motivación : Al tener necesidades insatisfechas se desarrolla un estado de tensión en la búsqueda de una salida satisfactoria : este es un estado de motivación .⁶

⁶ ARDILA, r. (1970) Psicología del aprendizaje, Buenos aires. Siglo XXI pag.34-40
NEISSER, U. (1976=). Psicología cognoscitiva, México. Ed.Trillas. pag. 14-19.

TEORIA DE SELYE

2.2 TEORÍA DE SELYE

De esta teoría Newman toma el concepto de estrés, considerado como una respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda que le exige. El estrés eleva la necesidad de reajuste. Este es inespecífico y requiere de adaptación a un problema sea cual sea su naturaleza.

En las primeras décadas del siglo, Cannon, W. llamó la atención sobre la llamada "función de emergencia" (activación de los sistemas del organismo que facilitan la lucha o huida y la simultánea inhibición de otros que las interfieren) y descubrió el papel de las catecolaminas como hormonas del sistema simpato adrenomedular, cuya secreción aumenta ante situaciones en las que la acción y el combate son inminentes.

Con tales antecedentes, el fisiólogo Hans Selye elaboró la teoría más conocida y sistematizada del stress, teniendo entre sus principales méritos haber profundizado en el carácter inespecífico de la respuesta y en el rol del sistema pituitario adrenocortical en la producción de cortisol, hormona asociada a los estados de duda, incertidumbre, preocupación y temor.

De acuerdo con Selye, stress es la "respuesta del organismo a cualquier demanda hecha sobre él; es un viejo patrón de adaptación filogenético, estereotipado, que prepara al organismo para la lucha y la huida. Esta respuesta de la "edad de piedra" puede ser provocada por una variedad de condiciones psicosociales entre otras de la vida moderna, cuando la actividad física no es posible o aceptable socialmente".

Los sistemas fisiológicos más importantes que intervienen en la respuesta



Fig

TEORÍA DE CAPLAN

4.1.2.3 TEORÍA CONCEPTUAL DE CAPLAN

El modelo de Newman refleja también la teoría general de los sistemas, es decir la naturaleza de los sistemas vivos abiertos. Esta teoría establece que todos los elementos interrelacionan dentro de una organización compleja. Valiéndose de este modelo sobre los niveles de prevención, los relaciona con la enfermería del modo siguiente:

La prevención primaria consiste en contrarrestar los factores estresantes del entorno que puedan ser perjudiciales antes de que aparezca la enfermedad.

La prevención secundaria trata de reducir el efecto real o posible de los factores estresantes mediante un diagnóstico precoz y un tratamiento eficaz de los síntomas de la enfermedad.

La prevención terciaria intenta reducir los efectos de los factores estresantes que perviven tras el tratamiento.

CAPLAN es el padre de la *teoría de los aportes*, en la que se basan la mayoría de programas en psicoprofilaxis. Este autor propuso la hipótesis de que para evitar la aparición de trastornos mentales cada persona necesita continuos aportes adecuados a las diversas etapas de crecimiento y desarrollo, clasificando estos aportes en físicos, psicosociales y socioculturales.

Los aportes físicos incluyen alimentación, vivienda, estimulación sensorial, oportunidad de ejercicio, etc., factores necesarios para el crecimiento y desarrollo corporales, el mantenimiento de la salud y la protección del daño físico, antes y después de nacimiento.

Los aportes psicosociales incluyen la estimulación del desarrollo intelectual y afectivo de la persona, por medio de la interacción familiar, escolar, laboral, etc. Comportan la satisfacción de las necesidades interpersonales de las que destacan 3 áreas:

- 1- las necesidades de amor y afecto
- 2- las de limitación y control (estructuras de afirmación y mantenimiento de la autoridad).
- 3- Las de participación en las actividades colectivas.

Los aportes socioculturales agrupan las influencias que sobre el desarrollo y funcionamiento de la personalidad ejercen las costumbres y los valores de la cultura y la estructura social. Lo que otros esperan de la conducta de una persona influye profundamente sobre sus acciones y sus sentimientos acerca de sí misma.

La ausencia de algunos de estos aportes aumenta la vulnerabilidad psicobiológica del individuo, disminuyendo su resistencia a las tensiones ambientales.

Otra base teórica de **la prevención primaria**, aportada por CAPLAN es la *teoría de las crisis*. Ésta considera que las transiciones de las fases evolutivas del ciclo biopsicosocial (acontecimientos vitales programados) y los acontecimientos vitales imprevistos que comportan una pérdida súbita o amenaza de pérdida de aportes básicos para la persona (muerte o enfermedad de una persona amada, pérdida de empleo, amenaza a la integridad corporal, cambio de situación o función social y/o afectiva, situaciones que afectan a la autoestima, etc.) pueden suscitar crisis que indistintamente pueden causar crecimiento personal o inicio de trastornos psíquicos.

Las crisis vitales entrañan un riesgo; por ello, en prevención primaria se habla de poblaciones con riesgo especial y situaciones de alto riesgo.

2.3.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA

La prevención secundaria tiene como objetivo la disminución del índice de prevalencia (número de casos existente en una comunidad en un momento dado) , mediante la reducción del tiempo de enfermedad, una vez que ésta se ha presentado.

A nivel secundario, se trata de incidir en el descenso de los caos declarados al acortar su duración lucha contra la cronicidad Las posibilidades de diagnóstico precoz, individual y situacional, están muy en relación con el nivel de formación psiquiátrica del médico general y con el nivel de educación sanitaria de la población, y exigen una postura activa de los servicios de salud mental en cuanto a la detección de casos y un adecuado nivel de integración de estos servicios en la comunidad que facilite al máximo su accesibilidad.

De igual modo, la eficacia terapéutica comporta acercar y poner a disposición del enfermo y de su entorno próximo todos los medios terapéuticos actuales y conseguir la oportuna adecuación y coordinación de las instituciones.

En materia de salud mental, es claro que existe una relación inversamente proporcional entre el tiempo de evolución de un trastorno y el esfuerzo terapéutico que exige su recuperación.

Los espacios asistenciales que deban cubrir con sus dispositivos todas las fases o incidencias del enfermar. aumentan la disponibilidad y adecuación de los servicios comporta igualmente una logística de utilización óptima de recursos.

Es por ello por lo que la prevención secundaria se identifica en ocasiones con una correcta asistencia psiquiátrica.

2.3.2 PREVENCIÓN TERCIARIA

La prevención terciaria comprende el conjunto de medidas orientadas a reducir la frecuencia e intensidad de las secuelas y la incapacidad. Se centra en la rehabilitación social o resocialización de los pacientes y procura reducir, en la comunidad, la proporción de funcionamiento defectuoso debido a trastornos mentales. Algunos autores prefieren utilizar el término rehabilitación con un alcance exclusivamente individual y el término.

Prevención terciaria para designar la acción comunitaria.

El papel de la familia en la prevención terciaria, al igual que en los otros dos niveles, ha ido adquiriendo progresiva relevancia, sobre todo a partir del giro experimentado por la psiquiatría con la incorporación de los psicofármacos, el acortamiento de las hospitalizaciones y la atención psiquiátrica comunitaria la mejor reinserción del enfermo en la sociedad se consigue evitando la segregación,

TEORÍA DE ENFERMERÍA
INTERVENCIÓN EN CRISIS

4.2 TEORIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CRISIS

Para la ubicación del caso como crisis circunstancial, con identificación de puntos de estrés, se utilizó el desarrollo del tema de intervención en crisis, conteniendo los siguientes conceptos.

TIPOLOGIA PSICOLÓGICA

El impacto en la familia depende de varios parámetros de la enfermedad. Forma desde el comienzo, curso, desarrollo, resultado y grado de incapacitación en el que queda el paciente.

Las enfermedades se dividen en aquellas que tienen un comienzo agudo y las que tienen un comienzo gradual, en relación con su curso las enfermedades pueden ser progresivas de curso constante y con recaídas.

CURSO PROGRESIVO.- Como la diabetes primaria requiere de un proceso de adaptación continuo que puede llevar a la familia a extenuarse.

CURSO CONSTANTE.- Se parte de un problema agudo en el que el paciente se recupera en mayor o menor grado quedando un déficit o limitación, en la medida que la enfermedad se estabiliza, el impacto con la familia es limitado.

CON RECAIDAS.- Se caracteriza por la alternancia de periodos de exacerbación de síntomas con periodos de remisión. Necesitan una notable flexibilidad que les permita cambiar de una respuesta de emergencia a otra, estas familias viven bajo el estrés con la posibilidad de una recaída, la peor configuración de una recaída es que pueden verse sometidas es la de recaídas muy seguidas y muy graves, que fácilmente extenúa su esfuerzo físico y psicológico.

Por lo general pueden identificarse tres fases de la enfermedad CRISIS. FASE CRÓNICA Y FASE TERMINAL. Las cuales tiene su propia tarea.

FASE DE CRISIS.-

Aquí los síntomas son ostensibles hacen pensar a la familia que algo va mal aunque desconozcan la naturaleza exacta del problema, la familia complementa las siguientes tareas.

Aprender a convivir con el dolor, incapacitación y síntomas de la enfermedad.

Aprender a convivir y manejar correctamente el ámbito hospitalario, sobre todo desarrollar una relación de trabajo con el equipo médico que atiende al paciente.

Dar un significado a la enfermedad que permita sensación de control y competencia.

Se elaborara un duelo por la identidad familiar perdida.

En el caso de enfermedades que no tengan curación, han de aceptar que el cambio es permanente y de ser capaces de establecer la continuidad de identidad familiar desde el pasado antes de la enfermedad y después con la enfermedad.

FASE CRÓNICA.

Media entre el diagnóstico y la fase terminal, viene marcado por la progresión de la enfermedad y por lo tanto un cambio adaptativo de la familia, la tarea más importante es la de compatibilizar.

FASE TERMINAL.-

Viene precedida de un periodo preterminal en la que la posibilidad del fallecimiento se hace ostensible dominando toda la vida familiar, la fase incluye periodos de duelo y solución de duelo posterior al fallecimiento, las tareas son las siguientes:

Separación de la persona que va a morir

Muerte

Duelo

Solución del duelo

Reincorporación a la vida normal.

ALTERACIONES ESTRUCTURALES.

Denominamos de esta forma aquellos elementos estructurales que resultan alterados por la presencia de un enfermo en la familia.

Se desarrollan en la familia coaliciones y exclusiones emocionales.

Las familias se adhieren a patrones rígidos por ejemplo:

Falta de flexibilidad para pasar de la configuración en crisis a la configuración crónica.

Patrón rígido entre cuidados primario familiar y el resto de la familia

Sobreprotección del enfermo.

Aislamiento social.

Cambios estructurales en los roles familiares y en el poder.

Las necesidades de la familia se someten a las del paciente.

El cuidador primario, el tema del respiro.

ALTERACIONES PROCESUALES DEL CICLO EVOLUTIVO NORMATIVO.

Compatibilizar la tarea evolutiva con la atención a la enfermedad.

Respuesta de celos en momentos centrípetos y de incompatibilidad en momentos centrífugos.

Los patrones de respuesta de la fase aguda son difíciles de cambiar.

ALTERACIONES DE RESPUESTA EMOCIONAL.

Sentimientos de contrariedad, culpa, resentimientos e impotencia, su expresión se juzga incompatible con la condición médica del paciente y la estabilidad de la familia.

Malas experiencias con parte del sistema médico.

El ofrecimiento de ayuda psicológica se entiende como una acusación

Duelo por la salud y funciones perdidas, también por la pérdida de partes de su cuerpo.

DUELO

El duelo es la vivencia de aquellos sentimientos y estados de ánimo que se experimentan en al enfrentarse a una pérdida próxima y a una consumada.

El proceso implica el regreso de la libido al propio yo para poder establecer luego nuevas relaciones en otros objetos.

Mientras que en la melancolía (también se vive una sensación de abatimiento, falta de interés por el mundo externo, se siente que ya no va a poder amar a nadie ni a nada) pérdida de autoestima, auto reproches y auto castigos irracionales.

El proceso de duelo refleja un desequilibrio intra sistémico, es por eso que no se debe dejar incompleto, congelado, ya que daría lugar a una depresión sintomatológicamente más severa

ELIZABETH KUBLER-ROSS.

Negación.

Ira

Pacto

Depresión

Adaptación realista.

ROBERT NEALE.

Un peregrinaje real y lleno de significado, hacia la muerte y la nueva vida.

Negación.

Miedo

Dolor

Fe

Martirio.

Las cuales son experimentadas en las diferentes etapas NEGACIÓN Y MIEDO Etapa del conocimiento de que uno va a morir. DOLOR, CONFIANZA O FE Etapa de gestación además de la fe existe el martirio

REVERENDO CARL NIGHSWONGER.

Vive una serie de dramas en la cual responderá de unas forma sana o insana.

Shock.

Emoción.

Negación

Cognición.

Terminación.

WEISMAN

Apuro existencial

Acomodo

Deterioro

Terminal.

ETAPAS DEL DUELO MEXICANO

ANGUSTIA en esta se presenta la negación y el aislamiento algunas veces parece resignación.

FRUSTRACIÓN tiene influencia de cierta religiosidad, algunas veces se manifiesta abiertamente odio hacia dios y la vida.

CULPA generalmente se realizan promesas con el fin de aliviar culpas, con esta clase de sentimientos.

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN EL TRANSPLANTE DE CÓRNEA**

4.3 INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL TRANSPLANTE DE CórNEA

A continuación se expone la descripción del problema físico que aqueja al paciente, así como el Procedimiento de intervención al cual fue sujeto.

La córnea es una estructura convexa transparente que cubre el sexto anterior del ojo. Colocada en el centro, frente al iris, debe mantenerse húmeda para conservar la integridad de la superficie epitelial. Tiene una lubricación constante por una película de lagrimas que se desprende de manera heterogénea con el parpadeo. Su transparencia se debe a su estructura uniforme, su avascularidad y la deshidratación relativa proporcionada por la capa de endotelio y barrera epitelial al líquido externo que llega a ella. Consta de cinco capas: epitelio, membrana de bowman, estroma, membrana de Descemet y endotelio.

El epitelio constituye la última capa, que consta de cuatro a seis capas de células dotadas de terminaciones nerviosas sensibles y micro vellosidades. Es la única que puede regenerarse y es completamente reemplazada cada siete días. La regeneración primaria del epitelio ocurre al cabo de 24 horas. Esta rotación celular acelerada es importante, sobre todo cuando se necesita una curación rápida, por ejemplo después de cirugía, lesión o ulceración.

El estroma constituye la parte gruesa de la córnea, se encuentra entre la membrana de Bowman por la parte anterior y la de Descemet por la parte posterior. Las lesiones en la membrana de bowman o más profundas resultan en forma de cicatrices.

El endotelio consta de una sola capa, está en contacto con el humor acuoso en el interior. Sus células tienen un mecanismo de bombeo que evita que el humor acuoso entre en la córnea, para que se mantenga relativa mente seca y transparente. La integridad del endotelio es muy importante porque no se regenera. El epitelio constituye una barrera de la córnea a la entrada de agua del exterior. La reducción de la oxigenación de la capa epitelial puede provocar edema de la córnea. Una vez que el líquido se filtra, ésta sé opaca y

enturbia e interfiere con la visión. Cuando la presión intra ocular se incrementa en forma exagerada, el exceso de presión altera la función del endotelio.

Dado que la córnea es una estructura refractiva importante, es vital para la agudeza visual. La refracción óptima requiere que la superficie de la córnea conserva su integridad, tersura, transparencia y convexidad. Los cambios ligeros provocados por lesiones o enfermedades pueden derivarse en transformaciones importantes de la agudeza visual.

La otra función de la córnea es de protección: dada su extensa inervación por ramas sensoriales del nervio trigémino, de inmediato percibe como dolorosos los impulsos sensoriales, por eso no tolera ni los objetos más pequeños. Cualquier riesgo para los ojos provoca un reflejo en la córnea, que lo protegen de sustancias extrañas, cuando se irrita, las lágrimas persisten hasta expulsar el irritante, se desarrolla fotofobia y una urgencia irresistible de tallarse los ojos. El dolor intenso se refiere a la parte interna del párpado superior. Esta sensación suele persistir mientras la córnea está irritada, incluso si ya se ha retirado el cuerpo extraño. Las personas en quienes disminuye el reflejo de la córnea o se deteriora su facultad sensorial, suelen perder esta protección en especial cuando la córnea se expone al aire.

LEUCOMA CORNEAL

Son una serie de manifestaciones de la alteración en la córnea, en la cual la superficie de la córnea deja de ser convexa, y se transforma en lisa alterando la agudeza visual, El traumatismo, como alteración en la arquitectura de la córnea produce pérdida progresiva de la agudeza visual.

Debido a que hay muchas fibras nerviosas en la córnea la mayor parte de las lesiones en esta estructura producen dolor, fotofobia y lagrimeo. El dolor puede ser grave y quizá incapacitar al individuo. El movimiento de los párpados sobre la córnea aumenta el dolor y por lo regular persiste hasta que se complete la cicatrización.

TRANSPLANTE DE CORNEA (QUERATOPLASTIA PENETRANTE)

Es el reemplazo micro quirúrgico, de grosor total, de la córnea con tejido de un donador humano. Para extraer la córnea, tanto la dañada como el donador, se utilizan finas (navajas circulares), que la cortan a manera de molde de galletas. El nuevo botón de cornea reemplaza a la córnea nativa y se fija en el ojo receptor con un material de sutura muy fino. Cuando se dispone de una córnea conveniente, se programa la cirugía en forma urgente. Para mejores resultados, el injerto se debe eliminar 8 horas a 10 horas después de la muerte del donador para evitar el ablandamiento de la córnea.

La queretoplastia penetrante se emplea para restaurar la visión en pacientes degeneraciones de corneales, cicatrización traumática.

El rechazo de cornea es la principal causa de fracaso en el transplante de córnea, más común entre los receptores jóvenes, en quienes reciben transplantes bilaterales o repiten injerto, y en aquellas personas cuyas córneas estaban neovascularizadas desde antes de la operación. El primer signo de rechazo es una reducción de la visión, que puede no hacerse evidente durante semanas o años. En el injerto suele presentarse neovascularización y precipitados.

El banco de ojos provee las corneas donadas. Las corneas provienen de personas que han fallecido recientemente y deciden donarlas, la raza el sexo, el tipo de sangre, el color del ojo no importan para la función que debe cumplir la cornea. Estas son examinadas para excluir que tengan enfermedades, especialmente SIDA, HEPATITIS O SEROLOGIA +, deben de ser transplantadas entre los primeros tres y ocho días de su obtención.

La cirugía suele ser ambulatoria, el paciente debe ser acompañado y no manejar, al día siguiente será revisado, necesitará las siguientes recomendaciones:

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

La ENFERMERÍA tiene un papel importante en este proceso ya que su intervención estriba en la educación y reeducación dando origen a la participación del paciente.

Con base en la anterior la ENFERMERÍA diseña intervenciones enfocadas al fomento de la incidencia activa del paciente en su sistema, de tal forma que se responsabiliza de las siguientes indicaciones o recomendaciones hechas al paciente:

No frotarse los ojos.

Utilizar las gotas preescritas por el oftalmólogo.

Hacer uso de anteojos para el sol.

Continuar con sus actividades excepto el hacer ejercicio.

Debido a que el retiro de puntos, que generalmente será en varios meses, la mejoría de la visión puede tardar de 6 a doce meses.

Bañarse y lavarse el cabello, teniendo cuidado de que no caiga jabón dentro del ojo, no tallarse el ojo por ninguna circunstancia.

Si necesita agacharse tendrá que hacerlo flexionando las rodillas y el objeto no debe ser mayor a 20 kilogramos en su peso.

Continuar relaciones sexuales con discreción.

RECHAZO CÓRNEAL

FACTORES PREDISPONENTES

Aunque la cornea del donante es examinada por el Banco de Ojos, es imposible determinar con certeza, si ella podrá permanecer clara después del trasplante. Solo un pequeño porcentaje de corneas donadas no llegan a alcanzar la transparencia después de la cirugía; Si esto llegase a suceder la córnea deberá ser trasplantada nuevamente.

PROBLEMAS DE CICATRIZACIÓN:

El trasplante de cornea cicatriza lentamente, por esta razón los puntos deberán permanecer en su posición por largo tiempo.

Aun cuando la nueva cornea funcione bien, es posible que el cuerpo “rechace” la cornea donada, porque él reconoce que la cornea viene de otra persona. Si el rechazo se detecta tempranamente hay un alto porcentaje de ser tratado con éxito. Una cornea rechazada usualmente es reemplazada con otro trasplante de cornea.

Aunque la mayoría de los rechazos pueden ocurrir dentro de los 2 primeros años, también se pueden presentar episodios de rechazo varios años después del post-operatorio.

El trasplante de cornea entre un 5% y un 10% puede ser rechazado. La cornea rechazada se opacifica y la visión se deteriora.

Si algunos rechazos son tratados prontamente, pueden ser detenidos con un mínimo de lesión corneal.

MANIFESTACIONES DE RECHAZO :

Ojo rojo

Dolor ocular

Disminución de la visión

Malestar persistente

Alta sensibilidad a la luz

Inflamación

Cambios en la visión.

El Trasplante de Cornea puede ser repetido usualmente con buenos resultados, pero el promedio de rechazos en general son de un 20% según los últimos estudios realizados en U.S.A.

Aunque la Cirugía sea satisfactoria, cualquier condición del ojo como la degeneración macular en la retina, glaucoma o daño por diabetes, puede limitar la visión después de la operación.

Un exitoso Trasplante de Cornea, requiere cuidado y atención de ambas partes, paciente y especialista.⁵

⁵ Repertorio de Medicina y cirugía. Volumen 12 N° 1 2003. pag. 22-28.

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO EN
EL ADULTO JOVEN

4.4 PSICOLOGÍA EN EL DESARROLLO DEL ADULTO JOVEN

Nuestro paciente tiene las características de un adulto joven, etapa del desarrollo humano que nos permite mediante su referencia, obtener información de las situaciones sociales comunes a su edad, Así como las necesidades surgidas de estas.

La adultez comienza aproximadamente a los 20 años. Usualmente se divide en tres períodos:

Adultez joven o juventud: 20 a 40-45 años.

Adultez media: 45 a 65 años.

Adultez mayor: 65 años en adelante.

La juventud comienza con el término de la adolescencia y su desarrollo depende del logro de las tareas de la adolescencia. Constituye el período de mayor fuerza, energía y resistencia física. Se producen menos enfermedades y se superan rápidamente, en caso que ésta se presente. Por tal motivo, el índice de mortalidad es bajo; dentro de las causas de muerte, en los varones se encuentran los accidentes y en las mujeres el cáncer. La manutención del estado físico depende de factores como la dieta adecuada y el ejercicio físico (Papalia, 1997).

En relación al desarrollo intelectual, los adultos son capaces de considerar varios puntos de vista simultáneamente, aceptando las contradicciones, lo que se conoce como pensamiento dialéctico. Shaie, aborda la cognición adulta en etapas (Rice, 1997). Otros teóricos se refieren al pensamiento dialéctico como un pensamiento pos-formal, mediante el cual los adultos sintetizan pensamientos contradictorios, emociones y experiencias (Hoffman, 1996).

En cuanto a la personalidad, el modelo de crisis normativas caracteriza el desarrollo como una serie de cambios sociales y emocionales. Por otro lado, el modelo de los momentos adecuados, lo visualiza como un período de cambios que dependen del contexto social, para determinar los sucesos importantes y su ocurrencia.

En esta etapa lo ideal es elegir una pareja, establecer una relación, plantearse la paternidad, lograr amistades duraderas y un trabajo estable.⁶

MATRIMONIO:

La calidad de la vida matrimonial tiene fuerte incidencia en la felicidad y satisfacción de los individuos. El ciclo familiar se divide en etapas que reflejan los cambios ocurridos.

Entre las tareas de ajuste matrimonial se presentan los siguientes planos: satisfacción y apoyo emocional; ajustes sexuales; hábitos personales; roles sexuales; intereses materiales; trabajo, empleo y logros; vida social; familia; decisiones; conflictos y resolución de problemas; moral, valores e ideologías.

SEXUALIDAD:

El adulto joven debe lograr:

Independencia.

Competencia.

Responsabilidad e igualdad en relación con su sexualidad.

Determinar el estilo de vida que llevará, en esta tarea debe tomar decisiones relacionadas con:

Tipo de relación sexual (informal, formal, recreativa).

⁶ Craig, G. (1996). *Desarrollo Psicológico*. Prentice Hall. Pag. 21-24.

Forma de expresión de su sexualidad (heterosexual, homosexual, bisexual).

Contraer o no matrimonio.

Tener o no un hijo.

Mantener relaciones extramatrimoniales (7mo. año), entre otras.

En relación a la actividad sexual en solteros, podemos destacar:

Cambio de actitud en torno al tema de las relaciones prematrimoniales; permisividad.

No existe temor para hablar del tema.

Las mujeres jóvenes que sostienen relaciones prematrimoniales, entablan relaciones afectivas y sin promiscuidad.

Con respecto de la actividad sexual en el matrimonio:

Existe poca información al respecto.

Frecuencia de relaciones es mayor durante el primer año de casados.

La actividad sexual de este primer período permite hacer una proyección hacia la actividad futura.

La mayor parte de hombres y mujeres, encuentran que hay placer en sus relaciones sexuales dentro del matrimonio, a diferencia del pasado. Esto es producto de la disminución de la actitud que lo consideraba como algo maligno o tabú. Ahora, es concebida como normal, saludable y placentera.

Otro factor que ha contribuido a vivir la experiencia sexual satisfactoriamente dentro del matrimonio, es la mayor información de que se dispone, la seguridad de los métodos anticonceptivos y las disposiciones legales en torno al aborto. Todo esto libera a la pareja del temor al embarazo (no deseado).

La actividad sexual extramarital se destaca por lo siguiente:

Ocurre normalmente después de los primeros años de casados, al acabarse la novedad y lo excitante de la relación conyugal, entrando en: aburrimiento; enojo con el otro; deseo de recuperar la alegría perdida; búsqueda de una relación más vital y deseo de liberación sexual.

La medición objetiva de esta realidad resulta compleja y poco fiable, dado que no se puede evaluar la franqueza con que hablan las personas de sus prácticas sexuales

Aumento en relación al pasado, del número de personas que efectúan estas prácticas, y se presenta también una *disminución en la edad de comienzo de éstas*.

EN RESUMEN

La adultez joven constituye una etapa de consolidación de las capacidades físicas, como salud, fertilidad y vigor.

En el plano cognitivo, el pensamiento sigue su desarrollo donde el individuo logra aplicar el conocimiento adquirido en las etapas anteriores dentro de su contexto social, laboral y familiar. En este plano, también se debería lograr una orientación vocacional que lleve a la elección de una carrera que luego se aplicará en la vida laboral. En este período, la vida laboral no produce tantas satisfacción como en el que vendrá y el compromiso con el trabajo puede ser menor. Se observarán diferencias dentro del desarrollo laboral de hombres y mujeres, ya que los primeros tendrán más oportunidades y no tendrán tantas preocupaciones familiares.⁷

En relación al desarrollo moral, podrían alcanzar la etapa quinta y sexta de Kohlberg y estas están relacionadas estrechamente con las experiencias.

En cuanto al desarrollo de la personalidad, debe estar consolidada la identidad y lograr así una pareja. Además, este desarrollo se da en etapas que incluyen transiciones y metas.

En lo que se refiere a la formación de pareja, se puede concluir que la opción de soltería está en aumento, ya que presenta una serie de ventajas en relación al desarrollo personal y social del sujeto, además de un mayor control de la propia vida y sus decisiones. Sin embargo, presenta una serie de desventajas en cuanto a la soledad, compañía y presión social, entre otros. La opción de la cohabitación no presenta muchas ventajas, ya que se puede desarrollar agresión física y prontitud en la desilusión pos-matrimonial. El matrimonio influye profundamente en la satisfacción y felicidad en la vida de los individuos, es una instancia que debe evaluarse con mucho cuidado, ya que esta opción presenta tareas que cumplir para que sea pleno. Si las tareas del matrimonio no son logradas

• ⁷ JORDAR, M; Pérez, M; Silvestre, N y Solé, M. (1996). *Psicología evolutiva: Adolescencia, edad adulta y vejez*. Barcelona: Ceac.

absolutamente podría concluir en divorcio, el cual conlleva una serie de ajustes posteriores a él.

Dentro de esta área la sexualidad constituye uno de los aspectos importantes, tanto para los casados como solteros; existiendo la percepción generalizada de la experimentación de relaciones sexuales cada vez más placenteras relacionadas con el pasado. En contraparte existiría un cierto porcentaje de las personas casadas que realizarían prácticas extramatrimoniales.

Dentro de las tareas que deben cumplirse en esta área se encuentra la paternidad, deseo casi universal, lo que se concreta cada vez a más avanzada edad y con menor número de hijos, existiendo variables psicosociales que determinan este cambio en la realidad.

Con todo, el desarrollo de la paternidad implica un período de transición en la vida de la pareja que les exige desplegar una serie de recursos tendientes a lograr el éxito en la pareja

PRESENTACIÓN DEL CASO

5.1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Alteración del entorno posterior a contusión con repercusión de la disminución de la agudeza visual lado izquierdo.

La estructura básica del sistema/ paciente son obtenidas a través de la entrevista resultando: Individuo de 25 años de edad, con desarrollo en la profesión militar, cuyo entorno se ve alterado al sufrir una contusión con una rama encontrarse caminando en la sierra, durante un destacamento de lucha contra el narcotráfico, es atendido en forma inmediata como reacción local, con analgésicos tópicos, después de 30 días, se diagnostico ulcera córnea, siendo hospitalizado por 12 días en el hospital de primer nivel, concluyendo su tratamiento con su integración a la lista de candidatos a trasplante córnea, tres años después tras revisión anual, recibe la propuesta de tratamiento correctivo mediante la adquisición particular de la cornea. Para después de reunir el monto, es hospitalizado para recibir el tratamiento. Tres días después de la intervención empieza a presentar secreción local, signo de rechazo córnea, que es muy común en gente joven, en un lapso de 40 días presenta: dolor, calor local, además de lo mencionado. Denota depresión del estado anímico. Alteración del patrón de sueño, cefalea, sin mejoría de la agudeza visual. Su encame finaliza al cabo de 67 días. Durante los cuales la comunicación con su familia, (esposa e hijos), es escasa casi nula, por radicar en provincia a más de 400 kilómetros de distancia y no contar con recursos económicos suficientes para el viaje continuo. Desempeño, por la lesión física.

NOCIÓN INTEGRAL

Padre de familia con dos hijos, de 3 y 6 años. Empleo militar, tercer hijo de cinco, grado de estudios, secundaria.

Sufre crisis circunstancial al complicarse, una lesión local mal atendida, la perdida gradual de la visión, es un factor de estrés al no poder desempeñar su trabajo de igual forma,

cursando con periodos prolongados de excepciones, lo que contribuye a perder su empleo si estas se prolongan.¹ Creyente, sin la practica de una religión específica, su familia asiste a la comunidad católica, el comúnmente se apoya en la idea de un ser supremo descansando la incertidumbre de su recuperación.

SISTEMA ABIERTO.

Este se presenta al cursar durante once años únicamente tratamientos paliativos y revisiones periódicas, la alternativa de un método definitivo se ve complicado por el factor económico ya que para tener un trasplante de cornea debe adquirirla por sus propios medios, como padre de familia y único sustento de aporte el factor de estrés se complica. Su reacción motivada por estos factores es de depresión y angustia, detectada en las consultas cotidianas al servicio de hospitalización. Su hijo de 3 años pregunta constantemente por su padre, su madre le explica que “esta enfermo de su ojo”, días después lo encuentra lastimándose un ojo por querer imitar a su padre, este acontecimiento, manifiesta estrés en el paciente.

ENTORNO

Las principales fuerzas internas se basan en la seguridad de su fuerza física, siendo el apoyo para conseguir un nuevo empleo, el apoyo de su familia quien le ofrece hacerse cargo de una granja familiar, su paternidad responsable que no le permite dejar de buscar alternativas para su tratamiento.

ENTORNO CREADO

Consigue la adquisición de los recursos por medio de préstamos de la institución y aporte de familiares con lo que obtiene la cornea a transplantar, espera una recuperación inmediata. Trata de restarle importancia a su trabajo actual, al presentar los signos de rechazo, Centra su atención en el dolor referido y la apariencia de su ojo.

¹ SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL. Ley del instituto de seguridad social para las fuerzas armadas. Pag. 111

ESTRUCTURA BÁSICA

Cursa su hospitalización con intervalos normales de temperatura corporal. El factor genético no tiene repercusión en su estado actual, la respuesta a su complicación actual se ve disminuida los primero siete días después de la detección de su rechazo a el transplante de cornea, disminuyendo en la segunda semana de tratamiento. Su resistencia orgánica no se ve afectada por no contar con patologías crónicas de base. La estructura del ego está conformada por autoestima alta.

En la línea normal de defensa: se basa en apoyo familiar incondicional, resistencia física destacada por edad. Seguridad de aporte económico, a pesar de hospitalización.

Línea flexible de defensa: apoyo incondicional de sus familiares cercanos, creencia en un ser supremo,

Líneas de resistencia: sistema inmunológico normal, edad corta, explicación detallada de acciones de enfermería en procedimiento técnico. (Curación local)² y percepción de avance en el tratamiento.

Grado de reacción: la estabilidad de la línea normal de defensa es invariable en el presente, alguno de los factores podría ser afectado a futuro, (ingreso económico). Se debilita la comunicación por la distancia del lugar de vivienda de su familia y la hospitalización prolongada. Su sistema inmunológico se ve afectado, aunándole molestias locales por medicación continua (antibióticos y corticoesteroides).

CLASIFICACIÓN DE FACTORES ESTRESANTES:

² Limpieza local. Mediante la remoción de secreciones acumuladas, con un lavado cuidadoso y abundante para arrastrarlas de forma mecánica. Oftalmología general Vagnan Asboru, Manual Moderno. 6ª. Edición, patología de la cornea, pag. 64.

Cultural: interrupción de estudios académicos hace cuatro años.
Desarrollo fisiológico: signos de rechazo en trasplante corneal.
Psicológico: actitud de imitación de su hijo menor.

CLASIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INTERACCIONES:

Intrapersonales: recibir atención médica con tratamiento definitivo, condicionado a compra particular de la cornea, conocer la técnica de curación y tratamiento médico implementado a él.

Extrapersonales: contrajo deudas para el pago de su cornea. Se redujo su salario quincenal por préstamo en la institución.

Interpersonales: deseo de su pareja de que regrese a su hogar, con un empleo en su localidad.

VALORACION DEL ENTORNO CREADO

Procura la comunicación con su pareja, da consejos de comunicación de ella a su hijo para entendimiento de la situación por la que cursa.

Solicita esporádicamente la valoración de su médico y explicación de la intervención específica de enfermería.

Distracción continua con televisor y descanso prolongado.

VALORACIÓN DE LOS FACTORES ESTRESANTES:

No los identifica de forma individual. Preocupación principal por factor físico y económico.

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Con base en lo anterior se jerarquizan los siguientes diagnósticos:

Diagnóstico de enfermería.	Objetivo	Acciones de enfermería	Fundamento científico	Evaluación.
Autoestima baja circunstancial.	Lograr la recuperación de autoestima.	Destacar aptitudes físicas para adaptación en un nuevo empleo, mediante conversación continua.	Cada paciente, genera una gama de respuestas normales al entorno, que se denomina, línea normal de defensa, este se puede utilizar para medir la desviación de la salud.	Se consigue aminorar la fuerza intra - personal que lo condiciona.

<p>Déficit de actividades recreativas por hospitalización a largo plazo.</p>	<p>Encontrar actividades alternativas para la distracción esporádica que permita disminuir el estrés logrando bienestar.</p>	<p>Fomentar actividades para distracción. – ayudaren la preparación de material de curación.-buscar terapia ocupacional. Explicar la posibilidad de salir del hospital el fin de semana, regresando el día lunes, mediante un trámite administrativos.</p>	<p>El bienestar se produce cuando las partes del sistema del paciente interaccionan en armonía. Para ello han de satisfacerse las necesidades del sistema.</p>	<p>Aunque las actividades son paliativas, disminuyen por lapsos cortos de tiempo la des-focalización de inactividad.</p>
--	--	--	--	--

<p>Afrontamiento familiar ineficaz por desorganización transitoria y cambio de papel.</p>	<p>Lograr la comprensión de factores circunstanciales . Encontrar alternativas de solución que disminuyan la carencia de comunicación.</p>	<p>Facilitar la comunicación con su familia mediante el uso de la línea telefónica del servicio. Dar confianza suficiente para externar sus inquietudes, tratando de resolver el factor de estrés.</p>	<p>prevención secundaria supone intervenciones o tratamientos iniciados tras la aparición de los síntomas producidos por el estrés.</p>	<p>Se logra un comunicación más frecuente entre el paciente y su familia, que es una línea flexible de defensa.</p>
---	---	---	---	---

<p>Mantenimiento del hogar alterado, por utilización de recursos materiales en tratamiento medico.</p>	<p>Encontrar las diversas posibilidades de empleo familiar.</p>	<p>Búsqueda de alternativas para ingresos económicos, posteriores a perdida del empleo, mediante la opción propuesta por su suegra, de hacerse cargo de granja familiar.</p>	<p>La prevención terciaria se centra en los reajustes encaminados a conseguir la estabilidad óptima del sistema.</p>	<p>Consigue considerar algunas opciones diferentes de empleo.</p>
--	---	--	--	---

<p>Dolor relacionado con edema corneal.</p>	<p>Disminuir el dolor.</p>	<p>Utilización de medios químicos(analgésicos orales) para contrarrestar dolor. Colocación oportuna de medicamentos locales. Mantener los ojos ocluidos.</p>	<p>Para lograr el descanso que permitirá la cicatrización, ambos ojos son cubiertos, pues si se deja un ojo sin cubrir, su movimiento podría afectar el ojo operado, dado que ambos se mueven simultáneamente. La cicatrización es lenta, pues la córnea es una zona avascular, factor que aumenta la posibilidad de infección.</p>	<p>La disminución del dolor solo es lograda con la cicatrización corneal. Se efectúa la reeducación en el paciente por parte del personal de enfermería que aprendió los cuidados específicos.</p>
---	----------------------------	--	---	--

<p>Alto riesgo de infección debido a rechazo corneal.</p>	<p>Eliminar el proceso de infección. Dar a conocer al personal de enfermería la técnica específica utilizada.</p>	<p>Seguimiento continuo de signos y síntomas locales. Capacitación del personal de enfermería para la realización de curación local.</p>	<p>Para lograr el descanso que permitirá la cicatrización, ambos ojos son cubiertos, pues si se deja un ojo sin cubrir, su movimiento podría afectar el ojo operado, dado que ambos se mueven simultáneamente . La cicatrización es lenta, pues la córnea es una zona avascular, factor que aumenta la posibilidad de infección, Por esta razón, se sigue una técnica estéril meticulosa en los cambios de apósitos . El injerto puede ser rechazado.</p>	<p>El conocimiento de una técnica específica, permitió no dañar el trasplante a la aplicación de medicamentos y curación para el retiro de secreción.</p>
---	---	--	---	---

<p>Dificultad de apertura ocular por secreción abundante.</p>	<p>Contribuir en la terapéutica, erradicando el síntoma específico.</p>	<p>Aplicación de corticoesteroides para lograr erradicar los síntomas específicos de rechazo corneal. conocer técnica específica de curación.</p>	<p>La técnica de cambio de apósitos debe ser estéril. El rechazo del injerto se controla por la aplicación local de corticoesteroides, y antibióticos.</p>	<p>La aplicación tópica de antiinflamatorios disminuye las molestias locales.</p>
<p>Déficit de conocimientos relacionado con terapéutica médica.</p>	<p>Dar a conocer el derecho a información oportuna y eficaz. Disminuir el factor de estrés interpersonal.</p>	<p>Explicación de términos médicos no comprendidos por el paciente.</p>	<p>Prevención primaria se adopta cuando se detecta un factor estresante o se sospecha su existencia. Todavía no se ha producido la reacción pero se conoce el grado de riesgo.</p>	<p>Se logra la comunicación con médico tratante. Se esclarecen dudas. El estrés disminuye al tener información veraz.</p>

<p>Conflicto de la función paterna, relacionado con actitud de su hijo de autolesionarse el ojo para imitarlo.</p>	<p>Dar una alternativa para contrarrestar la actitud del pequeño.</p>	<p>Orientación sobre la naturalidad de imitación del pequeño, explicando la necesidad de que le sea aclarada la situación que sufre su padre.</p>	<p>La prevención secundaria aparece tras una reacción a los factores estresantes, con la clasificación apropiada de las prioridades de la intervención y con el tratamiento destinado a reducir sus efectos nocivos.</p>	<p>La comunicación directa con el hijo no se da hasta su egreso hospitalario. Disminuye la angustias, al comunicarse con su esposa, contrarrestando indirectamente el efecto en el niño.</p>
--	---	---	--	--

<p>Alteración de la percepción visual debido a lesión en cornea.</p>	<p>Disminuir los factores de riesgo surgidos por la deficiencia visual.</p> <p>Educar sobre el tratamiento que se esta siguiendo.</p>	<p>Tomar medidas de seguridad por la deficiencia visual del paciente. Como: que conozca la localización del timbre, y su funcionamiento, sabiendo de la disponibilidad del personal por prestar ayuda en caso necesario.</p> <p>Explicar continuamente la gran posibilidad de recuperación de agudeza visual.</p>	<p>La prevención primaria está relacionada con el nivel general de conocimientos aplicado en una valoración del paciente, con la identificación y reducir o mitigar los factores de riesgo posibles o reales asociados con los factores estresantes del entorno, y con la prevención de una posible reacción, incluye el objetivo de promover la salud..</p>	<p>Con la explicación de las medidas de seguridad para él, se logra su participación y autonomía en el cuidado.</p>
--	---	---	--	---

**EVALUACIÓN DEL PROCESO DE
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
BASADO EN EL MODELO DE LOS
SISTEMAS DE BETTY NEWMAN**

6 EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN EL MODELO DE LOS SISTEMAS DE BETTY NEWMAN

Así como el presente caso, el 60% de los pacientes atendidos en la sala de oftalmología, debido a su actual trabajo, están acostumbrados a una rutina de hasta doce y en ocasiones 24 horas continuas, al ser hospitalizados sufren un cambio radical en el desgaste físico acostumbrado, canalizan su energía física en el duelo actual, la mayoría de ellos dependen de un trabajo físico rutinario, este factor es importante en el duelo por no contar con una preparación académica, que les permita encontrar un empleo a futuro. provocando un estrés aumentado y depresión continua. Aunado a esto la gran demanda del servicio no permite en muchas ocasiones, la revisión diaria de cada paciente o una explicación versátil y oportuna a cada uno.

Al igual que en muchas instituciones, el personal de enfermería es insuficiente, este factor afecta la calidad de atención, para ello la única posibilidad de atención eficiente, es hacer conciencia de la importancia de su valoración a cada uno de los usuarios, canalización de sus necesidades, información a su médico tratante, facilitando entrevistas con él cuanto sea necesario. El conocer los cuidados específicos, llevarlos a cabo y hacer participe al usuario. Estas actividades descargan trabajo multidisciplinario, permiten al paciente localizar signos y síntomas importantes en su recuperación, disminución del estrés al conocer la evolución normal, y con la aplicación de puntos específicos como los propuestos en la teoría de Neuman se busquen apoyos y alternativas para después de su recuperación.

6.1 LOGRO DE LOS OBJETIVOS

La identificación de los diversos factores de estrés en el entorno del usuario, fueron identificados, por medio de la sistematización del programa de atención.

La disminución de estos factores se logro o se disminuyo pero no se erradicaron, sin embargo se reforzaron las líneas de defensa que serán utilizadas en ocasiones posteriores.

El factor de comunicación, respecto a la información veraz y oportuna de su tratamiento fue utilizado como refuerzo para la disminución de los factores estresantes.

Por medio de la atención integral se logro la colaboración del usuario en su tratamiento, quedando reforzado este punto con un plan de alta.

Se aplicó en materia de enfermera el campo psicológico, el cual es poco conocido y/o utilizado en forma tan específica.

PLAN DE ALTA

7 PLAN DE ALTA

Se proporcionara la lista de cuidados específicos para la deyección de complicaciones en el transplante, previo a la información del tiempo que puede transcurrir sin mejoría de la visión o que esta sea mínima, (seis meses aproximadamente), anotando fecha y hora de su próxima revisión.

CUIDADOS ESPECÍFICOS:

No frotarse los ojos

Utilizar las gotas preescritas por el oftalmólogo.

Hacer uso de anteojos para el sol.

Puede continuar con sus actividades excepto el hacer ejercicio.

Debido a que el retiro de los puntos generalmente será en varios meses, la mejoría de la visión puede tardar de 6 a doce meses.

Puede bañarse y lavarse el cabello, teniendo cuidado de que no caiga jabón dentro del ojo, no tallarse el ojo por ninguna circunstancia.

Si necesita agacharse tendrá que hacerlo flexionando las rodillas y el objeto no debe ser mayor a 20 kilogramos en su peso.

pueden continuar las relaciones sexuales con discreción.

SIGNOS DE ALERTA

Ojo rojo

Dolor ocular

Disminución de la visión

Malestar persistente

Alta sensibilidad a la luz

Inflamación

Cambios en la visión.

Se enfatizará en las líneas de defensa disponibles:

Su esposa

Sus hijos

Familiares cercanos

Recordar su línea de resistencia principal: siendo la convivencia con sus hijos, (lo que principalmente detiene su estrés, y el punto máximo. importante por el cual seguir.

CONCLUSIONES

Así como el presente caso, el 60% de los pacientes atendidos en al sala de oftalmología del Hospital Central Militar, debido a su trabajo, están acostumbrados a una rutina de hasta 12 horas y en ocasiones 24 horas, al ser hospitalizados sufren un cambio radical en el desgaste acostumbrado, canalizan su energía física en el duelo actual, la mayoría de ellos dependen de su trabajo físico, este factor es importante en el duelo por no contar con una preparación académica, que les permita encontrar empleo a futuro. Provocando estrés aumentado y depresión continua. Aunado a esto la gran demanda del servicio no permite en muchas ocasiones, la revisión diaria de cada paciente o una explicación versátil y oportuna a cada uno.

Al igual que en muchas instituciones, el personal de enfermería es insuficiente, este factor afecta la calidad de atención, para ello la única posibilidad de atención eficiente, es hacer conciencia de la importancia de su valoración a cada uno de los pacientes, , canalización de sus necesidades, información a su médico tratante, facilitando entrevistas con él cuando se considere necesario. Estas actividades descargan trabajo multidisciplinario, permiten a el paciente localizar signos y síntomas importantes en su recuperación, disminución del estrés al conocer su evolución normal, y con la aplicación de puntos específicos como los propuestos en el modelo de los sistemas de Newman se buscara apoyo y alternativas para posteriormente lograr su recuperación.

SUGERENCIAS

La implementación de teorías y modelos de Atención de ENFERMERÍA, debería ser más común en nuestro campo de trabajo, para lo cual se requiere de disponibilidad en la investigación y difusión de los trabajos desarrollados, con esto conseguiríamos aumentar la calidad de atención descubriendo nuevos enfoques en nuestra materia.

La actualización de estos modelos pueden ser dados a conocer por medio de concursos periódicos, con lo que lograría nuevas alternativas de acción en ENFERMERÍA. Esto no solo encerrado en el sistema universitario, sino hacer participé a las instituciones de salud, por medio de una orden desde la Secretaria de Salud.

Si la certificación de hospitales exige o concentra datos de cursos y trabajos realizados por el personal de estas instituciones, requerimos de una regla que nos obligue a certificarnos en un colegio de ENFERMERÍA, y actuar a través de este, mostrando logros de personal que efectúa una especialidad, siendo una opción mas para los de carrera básica.

Nuestro campo requiere de un seguimiento de graduados, para certificar su actualización, desarrollo y mayor participación en la docencia, gran parte de nuestra población se concentra en una rutina monótona y empírica, lo que detiene nuestra visión en las ramas de nuestra profesión.

Un examen periódico para poder ejercer la carrera de ENFERMERÍA contribuiría a los puntos mencionados; actualización, bases legales para su ejercicio, difusión de trabajos, alternativas de desarrollo.

Bibliografía

Amparo Roldan de T. María Stella Fernández. *Proceso de Atención en enfermería*. Pag 79-93

Ann Marriner Tomey, *Modelos y teorías en Enfermería*, editorial Mosby Doyma , pag 269, 291-300.

Ardila, R. (1970) *Psicología del aprendizaje*, Buenos Aires siglo XXI, Pag. -34-46.

Brunner, Suddarth. *Enfermería Médico Quirúrgica*. Octava edición, vol II, editorial Mac Graw Hill. Pag 1603-1609

Caplan, Gerald, *Aspectos preventivos en salud mental*, Edt. Paidos, 1993, pag-327

Craig, G. (1996). *Desarrollo Psicológico*. Prentice may, pag. -21-24

Estadísticas registradas en el servicio de Oftalmología en el periodo de enero del 2002 a febrero del 2003.

Hoffman, L; Paris, S; Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: Mc. Graw- Hill.

Jannet W. Griffith Paula J chistense *Proceso de atención de Enfermería*, manual moderno 1986. pag. 195-197

Jodar, M; Pérez, M; Silvestre, N y Solé, M. (1996). *Psicología evolutiva: Adolescencia, edad adulta y vejez*. Barcelona: Ceac. .201-214.

Maines, D; Neugarten, B; Passuth, P.(1987). *Age Norms Constraints Twenty Years Later*. Psychology Today, pag. 176.

Mary Ellen Murray- Leslie D. Atkinson, *Proceso de Atención en Enfermería* , Editorial manual moderno 1985. pag 157-220

Neisser V. (1976) *Psicología cognosertiva*, México, Editorial, Trillas pag, -14-19.

Ojeda M Romero *El proceso Enfermero*, Rev. Desarrollo científico de Enfermería 2000, tomo 8, pag. 173-176.

Papalia, D.(1997). *Desarrollo humano*. México: Mc. Graw-Hill.

Rice, F. (1997). *Desarrollo humano, estudio del ciclo vital*. México: Prentice Hall, pag. -88

Ruby L. Wesley *Teorías y Modelos de Enfermería*, Editorial Mc. Graw Hill 1997 pag 291-292

Solís, P; Gutierrez, P; Díaz, M. (1996). *Actitudes hacia el trabajo en estudiantes*, pag. -74-79.

Ruby L. Wesley *Teorías y Modelos de Enfermería*, Editorial Mc. Graw Hill 1997 pag 291-292

Slaikau. Kart *Intervención en Crisis*. Editorial. Manual Moderno, Mexico, 1988. p 313
Repertorio de Medicina y Cirugía, vol. 12 No. 1 2003, pag.-22-28.

Revista de Sanidad Militar, México, *Estructuración de los capitulos de protocolo de investigación*. Vol 41 num. 5 Septiembre-Octubre, 1987. Pag 247-258.

The association de north American Nursing Association (NANDA): *Taxonomy revised*, St Louis, 1992.

universitarios mexicanos y los conceptos de éxito, fracaso, trabajo, y la filosofía de vida. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 28, 31-60.

Vaughan Asbury *Oftalmología general*, Manual Moderno sexta edición, Pag. 161-169.
www.duenas.pae.htm

Wenberger, S.L. (1989) *Análisis de la situación clínica del Modelo de los sistemas de Newman*, pag. -34

Tazar, A., Seguinolaza Garcia, *Enfermería en Ciencias psicosociales*. Edición massen , pag. -176-182

Referencias electrónicas.

www.efdeportes.com

[www. Fundacion-wae.org](http://www.Fundacion-wae.org)

www.galeon.hispavista.com

www.huva.es/enfermería/cuidados.html

[www. Iespana. Es/todoen enfermería.com](http://www.Iespana.Es/todoen.enfermería.com)

www.udec.cl.html

www.udec.cl/ivafaro/gestalt.html

ANEXOS

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS.- Madre hipertensa, Padre diabetico.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

OSTEOARTICULAR: Normal

TEGUMENTARIO: Normal

RESPIRATORIO: Normal

LINFOHEMATOLOGICO: Sin alteraciones

CARDIOVASCULAR: Sin alteraciones

ENDOCRINO: Sin alteraciones

OFTALMOLOGICO: OJO DERECHO disminución de la agudeza visula, percibe luz, distingue sombras, fotofobia, ardor, dolor constante por irritación. OJO IZQUIERDO: agudeza visual 20/20 no refiere molestias.

OTICO: Sin alteraciones

ODONTOLÓGICO: Caries en molares anteriores, inferiores atendidas recientemente.

CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DEL PADECIMIENTO ACTUAL

Conoce la causa, aun no acepta la evolución del tratamiento, recientemente operado de trasplante de córnea, presenta un rechazo a esta.

RECURSOS CON LOS QUE CUENTA

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Radio, televisión.

RECURSOS PARA LA SALUD:

Hospital Gubernamental de su Institución de trabajo.

HABITOS HIGIÉNECOS

BAÑO: diario.

LAVADO DE MANOS: Generalmente antes de cada alimento

CAMBIO DE ROPA: Diario si se encuentra en operaciones de campaña cada tercer día.

LAVADO BUCAL: Normalmente dos o tres veces al día.

HABITOS ALIMENTICIOS

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

ALIMENTOS	DIARIO	TRES VECES POR SEMANA	OCASIONALMENTE
LECHE	*		
CARNE	*		
HUEVO			
PAN	*		
TORTILLA	*		
FRUTA		*	
LEGUMBRES		*	
VERDURAS			*

REFERENCIAS ALIMENTICIAS

Antojitos mexicanos, barbacoa, carnitas

ALIMENTOS INTOLERABLES: ninguno

ELIMINACIÓN

VESICAL: normal

INTESTINAL: normal

DESCANSO: 5 a 6 horas diarias.

DIVERSIÓN: Una vez cada quince días.

EJERCICIO FÍSICO: Tres veces a la semana una hora.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

Deficiencia visual relacionada con lesión córnea.

Crisis Circunstancial en duelo, ocasionada por rechazo a transplante corneal.

Alteración emocional por probable pérdida de empleo actual.

Estrés producido por conductas de auto-daño de su hijo menor al querer imitar la situación del padre.

Anexo 1

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Pedro P.T.

EDAD: 31 años

RELIGIÓN: católica

ESCOLARIDAD: Secundaria

NACIONALIDAD: mexicana

SEXO: masculino

EDO CIVIL: casado

OCUPACIÓN: Soldado de infantería

LUGAR DE PROCEDENCIA: Cerro Azul Ver.

DOMICILIO: Calle Agricultura # 12 lote # 4,
Col. Aquiles Serdad. Cerro Azul Ver.

FECHA DE INGRESO: Enero 12 del 2003

PERFIL DEL PACIENTE

HABITACIÓN: Casa rentada

CARACTERISTICAS GENERALES

TIPO DE CONSTRUCCIÓN

TECHO: Cemento

MUROS: Concreto

PISOS: Cemento

NUMERO DE HABITANTES: 4

SERVICIOS

AGUA: Intra domiciliaria

ILUMINACIÓN: Eléctrica

ELIMINACIÓN DE DESECHOS

DRENAJE: Entubado hacia registro público subterráneo.

CONTROL DE BASURA: Recolección local hacia basurero municipal

PAVIMENTACIÓN: Existente

VIAS DE COMUNICACIÓN

TELEFONO: si

TRANSPORTE: si

CORREO: si

COMPOSICIÓN FAMILIAR: Padre y madre vivos, 4 hermanos, esposa, 2 hijos.

DINÁMICA FAMILIAR: Esposa dedicada al hogar, sustento económico dependiente de él.

Anexo 2

¿Cual es su nombre?

Pedro P T

¿De donde es originario?

Belem del Carmen, Campeche.

¿Estado civil?

Casado

¿Tiene hijos, cuantos?

Dos hijos un niño y un niña de 7 y 3 años.

¿Cuantos hermanos tiene?

9, yo soy el número 7

¿Cual es su empleo?

Sargento segundo de infantería.

¿Desde cuando trabaja en esto?

Mayo 1989

¿En donde se dio de alta?

En Campeche

¿Donde vive actualmente, por que?

En cerro Azul, Veracruz, por el cambio de batallón en 1996.

¿Cuando empezó tu problema en el ojo?

1994, con disminución de la vista del lado derecho, unos días antes me había molestado una basurita que me quito un amigo con un papel.

¿Donde y como te han atendido?

Me pusieron gotas en la enfermería, como no se me quitaba me mandaron al Hospital de Mérida donde me dijeron que tenia úlcera córnea.

¿Cuanto tiempo esperaste una córnea?

9 años

¿Como la obtuviste?

La compre, fue una recomendación del Dr. Saavedra.

¿Que esperas de las personas que te atienden?

Que me digan como va mi ojo, si es normal o no lo que siento, que debo hacer.

¿Como te trata el personal?

Como si fuera importante, el doctor me saluda de mano y me llama por mi nombre, la mayoría de las enfermeras me preguntan como me siento, pero no todos.

¿Te has comunicado con tu familia, como están tus hijos?

Les llamo todos los días, es caro están bien, pero mi esposa me contó que mi hijo el pequeño se ha pegado en su ojo, cuando ella lo vio y le pregunto por que lo hacia, el dijo "ojo malo como papá", ya le dije que platique con él, para que no se lastime, y que le explique que pasa, pero me preocupa.

¿Que piensas hacer, si tienes que dejar el ejercito?

La familia de mi esposa tiene un rancho en Campeche, me ofrecieron que me haga cargo de él, mi suegra está pagando a gente para trabajarlo.